

VASTUU IHMISESTÄ TYÖYHTEISÖSSÄ -PROJEKTIN VAIKUTUKSET JA VASTAANOTTO

TAUSTAA

Vastuu ihmisestä työyhteisössä -projekti toteutettiin tamperelaisilla työpaikoilla vuosina 1987–1989. Tässä artikkelissa kuvaan projektia koskevaa arviointitutkimusta ja sen keskeisiä tuloksia. Tampereen kaupungin raittiustoimiston vetämän hankkeen tarkoituksena oli rohkaista työyhteisöjä puuttumaan jäsentensä alkoholiongelmiin mahdollisimman varhain, ennen voimakkaan riippuvuuden syntymistä, sekä tehostaa päihdeongelmaisten hoitoonohjausta. Projektissa alkoholiongelmaa lähestyttiin sairautena (alkoholiriippuvuutena). Huolimatta siitä, että projektin lähtökohtana oli myllyhoito, se ei sitoutunut mihinkään hoitotähtäykseen.

Projekti pyrki saavuttamaan päämääränsä vaiheittain 1) tietoa jakamalla (peruskoulutus 1987), 2) taitoja kehittämällä (syventävä koulutus 1988) ja 3) asenteita muuttamalla (vakiinnuttaminen 1989). Ajoitus koskee peruskoulutukseen hankkeen ensimmäisenä toteuttamisvuonna osallistuneita työpaikkoja, jotka muodostavat samalla arviointitutkimuksen kohderyhmän.

PROJEKTIN TULOSTEN ARVIOINTI

TUTKIMUSASETELMA

Projektin tulosten arviointi perustuu kahteen poikkileikkausaineistoon. Hankkeen lähtö-

lannetta kartoittava kysely tehtiin syksyllä 1987 ja hankkeen vaikutuksia mittaava uusintakysely projektin päätyttyä keväällä 1990. Alkukyselyssä mukana olleista 18 työpaikasta kaksi jäi pois loppukyselystä. Tutkimuksessa interventioyhmän muodostavat ne 11 työpaikkaa, jotka jatkoivat projektissa loppuun asti. Interventiotyöpaikat jaettiin seitsemään aktiiviseen ja neljään puoliaktiiviseen työpaikkaan. Viittä projektista peruskoulutusvaiheen jälkeen vetäytyntä työpaikkaa kutsutaan passiivisiksi työpaikoiksi.

Interventiotyöpaikat ovat pääosin sukupuolirakenteeltaan miesvaltaisia teollisuuden ja julkisen sektorin työpaikkoja, passiiviset työpaikat naisenemmistöisiä hoitoalan ja palvelusektorin työpaikkoja. Projektin lähtötilanteessa päihdeongelmia esiintyi naisvaltaisilla (41 %) ja hoitoalan työpaikoilla (35 %) vähemmän kuin miesvaltaisilla (58 %) tai muilla kuin hoitoalan työpaikoilla (muu julkinen sektori 67 %, teollisuus 54 %, palvelut 60 %). Projektista jäivät siis pois sellaiset työpaikat, joille toiminnasta koitua hyöty on suhteellisesti pienin. Tutkimusasetelman kannalta valikoituneisuus on ongelma mutta ei este arvioinnin suorittamiselle. Aineistoa analysoitaessa asetelman sisäisen validiteetin puutteet (ks. Campbell & Stanley 1963, 34) otettiin huomioon perustamalla päätelmät interventioon vaikutuksista sekä aktiivisuusryhmien välisiin että aktiivisuusryhmittäisiin eroihin alku- ja loppukyselyiden vastausjakaumien välillä.

Alkukyselyn otos käsitti 400 vastaajaa. Kun uusintakyselystä pois jääneiden työpaikkojen osuudet poistettiin aineistosta, käsitti lopullinen otos 312 henkilöä. Loppukyselyn palautusprosentti (76,6 %) jäi hieman alkukyselyn palautusprosenttia (79,8 %) alhaisemmaksi. Loppukyselyn 239 vastaajasta 82 edustaa aktiivisia, 98 puoliaktiivisia ja 59 passiivisia työpaikkoja. Vastaajat jakaantuivat neljään henkilöstöryhmään seuraavasti: johto (10 %), esimiehet (20 %), avainhenkilöt (20 %) ja työntekijät (50 %). Esimiehet ja työntekijät poimittiin tasavälistä satunnaisotantaa käyttäen työpaikkojen henkilöstörekistereistä. Johdon ja avainhenkilöiden edustajat valittiin harkinnanvaraisesti niiden henkilöiden joukosta, jotka asemansa tai tehtävänsä vuoksi joutuvat työpaikallaan tekemisiin päihdeongelmatapausten kanssa. Enemmistö alku- ja loppukyselyiden vastaajista on (myös johdon ja avainhenkilöiden ryhmissä) eri henkilöitä.

Tiedon vertailukelpoisuuden varmistamiseksi pääosa lomakkeiden kysymyksistä on samoja. Osa alkukyselyn kysymyksistä jätettiin loppukyselystä pois, osaa muutettiin ja lomaketta täydennettiin projektin ja sen toimintojen tuntemusta, vastaanottoa ja vaikutuksia koskevilla kysymyksillä. Peruslomakkeen lisänä oli työpaikkakohtainen lomake, jolla kerättiin tietoa rekisteröidyistä päihdeongelmatapauksista ja niiden käsittelystä.

Päätelmät intervention vaikutuksista perustuvat alku- ja loppukyselyiden vastausjakaumien eroihin sekä loppukyselyn vastaajien arvioihin heidän työyhteisössään tapahtuneista muutoksista. Aineisto analysoitiin tilastollisesti ja raportoitii vastausten prosenttijakaumina. Avovastausten erittelyssä käytettiin hyväksi Dbase-tietokantaohjelmaa.

TULKINTAKEHYS

Projektin lähtötilanteessa vallinneiden tiedon, asenteiden ja toimintatapojen ja niissä

Kaavio 1. Suhtautuminen työelämän päihdeongelmiin

	yksilön vastuu ongelman kehittymisestä	yksilön vastuu ongelman ratkaisemisesta	
		suuri	pieni
suuri		yksilöllistämismalli	kääntymysmalli
pieni		yhteisvastuumalli	potilasmalli

arviointivälin aikana tapahtuneiden muutosten kuvaamisessa ja jäsentelyssä käytettiin hyväksi amerikkalaisten sosiaalipsykologien esittämää mallia yksilön ja yhteisön vastuunjaosta ja vuorovaikutuksesta erilaisissa sosiaalisissa ongelmatilanteissa (Brickman & al. 1982, 368–384)(kaavio 1).

Yksilöllistämismallissa (Moral model) yksilö nähdään vastuulliseksi alkoholiongelman- sa kehittymisestä ja sen ratkaisemisesta. Sekä ongelmainen että hänen työtoverinsa pitävät alkoholiongelmaa henkilökohtaisena asiana ja välttävät ulkopuolista väliintuloa. Työyhteisön suhtautuminen päihdeongelmiin on välinpitämätöntä, salailevaa ja syyllistävää.

Yhteisvastuumallissa (Compensatory model) ongelman syitä ei etsitä yksilöstä vaan ulkoisista olosuhteista, mutta yksilön edellytetään osallistuvan aktiivisesti ongelman ratkaisemiseen. Työyhteisö tarjoaa apuaan kompensaationa niille voimavaroille tai mahdollisuuksille, joiden puutteesta tilanteen katsotaan aiheutuneen. Vastuu avun käyttämisestä on kuitenkin yksilöllä (Brickman & al. 1982, 372). Työyhteisön suhtautuminen alkoholiongelmiin on avointa ja solidaarista.

Kääntymysmallissa (Enlightment model) yksilölle langetetaan täysi vastuu ongelma- taan, mutta hänen ei odoteta kykenevän ratkaisemaan sitä omin voimin. Päävastuun ongelman ratkaisemisesta kantaa terapeutin

yhteisö, johon sitoutuminen on yksilölle tae ratkaisun pysyvyydestä. Yhteisön suhtautumiselle on ominaista tiukka sosiaalinen kontrolli. Esimerkkinä kääntymysmalliin perustavasta toimintatavasta mainitaan AA-liikkeen yhteisöt (Brickman & al. 1982, 374).

Potilasmalliksi nimetyn kentän alkuperäisen otsake (Medical model) kääntyisi luontevimmin 'sairausmalliksi' tai 'hoitomalliksi'. Suomalaisessa alkoholikeskustelussa sairauden ja hoidon käsitteillä on kuitenkin mallista poikkeava merkitys. Termi potilas kuvaa hyvin yksilön vähäistä hallintaa ongelman kehittymisen ja ratkaisemisen suhteen: ongelma puhkeaa yksilöstä riippumattomista syistä ja sen ratkaisumenetelmänä on asiantuntemukseen perustuva hoito (Brickman & al. 1982, 373). Potilasmallissa työnantajan suhtautumista alkoholiongelmaiseen ohjaavat viralliset pelisäännöt (kurinpito, hoitoonohjaus). Työyhteisön suhtautumiselle on ominaista ”neuvoton maallikkous”.

Projektin lähtötilanteen kartoitus toi esiin kaikkiin mallin kenttiin liittyviä piirteitä. Yksilöllistämismalli hallitsi asennoitumista päihdeongelman kehittymisvaiheessa: ongelmien salailu ja ongelmaisten suojeleminen oli työpaikoilla yleistä, alkoholin käyttö miellettiin enemmän henkilökohtaiseksi kuin työyhteisön ongelmaksi, työyhteisöjen keskusteluilmapiiriä luonnehdittiin useammin välinpitämättömäksi tai kielteiseksi kuin avoimeksi ja asialliseksi. Potilasmallin piirteet korostuivat päihdeongelman ratkaisuvaiheessa. Hoitoonohjauksen kattavuus (hoitoonohjausta sovellettiin lähes kaikilla aineiston työpaikoilla) kertoo päihdeongelman ratkaisutapojen ammatillistumisesta ja hoitoon ohjattavien vastahakoisuus (ongelman kieltäminen) siitä, että yksilön vastuunotto ongelmastaan ja sen ratkaisemisesta on vähäistä. Yhteisvastuumalli soveltui paremmin mahdollisten ja toivottujen kuin olemassa olevien asiantilojen kuvaamiseen (Kirsi 1988, 52–99; Kirsi 1989, 256–257).

Kääntymysmallin mukaisia henkilökohtaisia ratkaisuja toivat esiin alkoholiongelma-

toipuneet vastaajat. Työelämän ulkopuolisiin yhteisöihin liittyvänä kääntymysmalli ei kuitenkaan kuulu tutkimuksen kohdealueeseen.

Tulokintakehyksen termein ilmaistuna projektin tavoitteena on työyhteisöjen ja niiden jäsenten toimintakyvyn lisääminen siten, että päihdeongelmiin suhtautumisessa tapahtuu siirtymistä yksilöllistämisen- ja potilasmalleista yhteisvastuumallin suuntaan. Sairaus- ja hoitonäkökulma on osa yhteisövastuuta silloin, kun yksilön ja hänen työyhteisönsä omat voimavarat ovat riittämättömiä päihdeongelman ratkaisemiseksi.

Projektin tavoitteen suuntaiset muutokset oletettiin interventiotyöpaikoilla suuremmiksi kuin passiivisilla työpaikoilla ja aktiivisilla työpaikoilla suuremmiksi tai johdonmukaisemmiksi kuin puoliaktiivisilla työpaikoilla. Johdon, avainhenkilöiden ja esimiesten ryhmässä muutokset oletettiin suuremmiksi kuin työntekijöiden keskuudessa.

TULOKSET

ALKOHOLIONGELMAT

Vertailukelpoiset tiedot tilastoiduista päihdeongelmatapauksista saatiin yhdeksältä työpaikalta. Viidellä interventiotyöpaikalla tapausten määrä 1 000:ta työntekijää kohden vaihteli 6,8 tapauksesta vuonna 1987 6,3 tapaukseen vuonna 1989. Neljällä passiivisella työpaikalla määrä väheni 2,8 tapauksesta 1,4 tapaukseen. Päihdeongelmatilanne näyttää siis muuttuneen vain niillä työpaikoilla, joilla projektin vaikutus oletettiin vähäisimmäksi. Muutos onkin tulkittavissa pikemmin projektista vetäytymisen syyksi kuin seuraukseksi: Akuutit ongelmatapaukset herättivät kiinnostuksen hanketta kohtaan. Kun tapauksista päästiin eroon – joko peruskoulutuksen tarjoaman ”ensivun” keinoin tai muutoin – kiinnostus hankkeessa jatkamiseen samalla lopatti.

Molemmilla kyselykerroilla runsas puolet vastaajista ilmoitti työpaikallaan esiintyvän

alkoholiongelmia. Passiivisilla työpaikoilla kysymykseen myöntävästi vastanneiden osuus väheni alkukyselyn 45 prosentista loppukyselyn 39 prosenttiin. Interventiotyöpaikoilla päihdeongelmia havainneiden osuus lisääntyi: aktiivisilla 57 prosentista 70 prosenttiin ja puoliaktiivisilla työpaikoilla 50 prosentista 61 prosenttiin. Kun tilastoitujen ongelmataapausten määrä pysyi samanaikaisesti ennallaan, antaa kyselytulos perusteita päätellä, että interventiotyöpaikoilla projekti vaikutti päihdeongelmien havaitsemiseen, ”havahdutti”, mikä oli sen ensi vaiheen nimenomainen tarkoituskään.

ONGELMIEN TYÖPERÄISYYS

Joka kolmas (37 %) alkukyselyyn ja kaksi kolmannesta (67 %) loppukyselyyn vastanneista katsoi työhönsä tai työyhteisöönsä liittyvän sellaisia tekijöitä, jotka edesauttavat päihdeongelmien kehittymistä. Alkukyselyssä tekijöitä kartoitettiin avokysymyksen avulla, loppukyselyssä kysymys sisälsi viisi vaihtoehtoa. Ero ei johdu pelkästään kysymyksen esittämistavasta. Aktiivisilla työpaikoilla muutos oli suurempi kuin puoliaktiivisilla ja puoliaktiivisilla suurempi kuin passiivisilla. Myös ne vastaajat, joiden työpaikalla esiintyi päihdeongelmia, nimesivät alkukyselyyn verrattuna enemmän tekijöitä kuin ne, joiden työpaikalla päihdeongelmia ei esiinny.

Loppukyselyssä tekijöitä mainittiin seuraavasti: stressi (55 %), ihmissuhteet (34 %), työn luonne (24 %), mahdollistaminen (18 %) ja työn epävarmuus (14 %). Alkukyselyyn verrattuna suhteellisesti eniten lisääntyivät stressiä ja mahdollistamista koskevat maininnat. Tekijöistä mahdollistaminen on lähimpänä projektin keskeistä tematiikkaa. Sen kohdalla työpaikkaryhmittäiset erot olivat suurimpia (aktiiviset 27 %, puoliaktiiviset 17 %, passiiviset työpaikat 7 %). Projektin päättyessä päihteiden väärinkäyttö nähtiin selkeämmin osaksi henkistä työsuojelua kuin projektin käynnistyessä.

Näkemyks alkoholiongelmaista sairautena on projektin koulutuksen lähtökohta ja siksi kiinnostava kysymys projektin sanoman vastaanottoa arvioitaessa. Väitteeseen ”Alkoholiongelma on sairaus, johon tulee suhtautua samoin kuin muihin sairauksiin” yhtyi alkukyselyn vastaajista 60 prosenttia ja loppukyselyn vastaajista 64 prosenttia. Väitteen kannatus lisääntyi johdon ja esimiesten keskuudessa (esimiehillä eniten, 46 %:sta 60 %:iin). Avainhenkilöillä muutos on päinvastainen: alkukyselyssä väitteeseen yhtyi 74 prosenttia mutta loppukyselyssä (vain) 66 prosenttia. Samalla väitteestä eri mieltä olleiden osuus lisääntyi (17 %:sta 24 %:iin). Avainhenkilöiden keskuudessa projekti siis pikemminkin kyseenalaisti kuin vahvisti käsityksiä alkoholiongelman sairausluonteesta.

Sairausväitteen kannatus lisääntyi aktiivisilla ja passiivisilla työpaikoilla. Loppukyselyssä alkoholiongelmaa sairautena pitivät erityisesti projektiin koulutukseen osallistuneet vastaajat. Puoliaktiivisilla työpaikoilla väitteen kannatuksessa ei ollut eroa koulutukseen osallistuneiden ja osallistumattomien välillä. Väitteen kanssa samaa mieltä olleiden osuus väheni ja eri mieltä olleiden osuus lisääntyi arviointivälin aikana. Tulos antoi viitteitä siitä, että tutkimuksen taustamuuttujana työpaikan ”puoliaktiivisuus” ei liity pelkästään hankkeen toteuttamistapaan, vaan ilmentää myös projektin keskimääräistä voimakkaampaa torjuntaa ja sen sanoman vastaanoton ristiriitaisuutta.

TIETO JA TAIDOT

Peruskoulutuksen jälkeen projektissa paneuduttiin käytännön valmiuksien ja taitojen harjoitteluun. Koulutuksen vaikutusta mitattiin seuraavilla kysymyksillä: ”Onko työyhteisösi jäsenillä mielestäsi riittävästi tietoa päihteistä ja päihteiden käytön vaikutuksista?”, ”Koetko vaikeaksi puhua työtoverillesi tai

alaisellesi hänen päihdeongelmastaan?” ja ”Onko sinulla mielestäsi riittävästi kykyä tai taitoja lähestyä ja auttaa päihdeongelmaista työtoveriasi tai alastasi?”.

Työyhteisön päihdetietous arvioitiin loppukyselyssä riittävämmäksi (tieto riittävää 68 %) kuin alkukyselyssä (54 %). Taustaryhmittäin tarkasteltuna poikkeuksen muodostivat vain passiivisten työpaikkojen vastaajat ja työntekijät, joiden käsityksissä tiedon riittävyydestä ei tapahtunut mainittavia muutoksia. Projektin päättyessä johtajat ja esimiehet sekä interventiotyöpaikkojen vastaajat kokivat päihdeongelman lähestymisen vaikeammaksi kuin projektin käynnistyessä (koko aineistossa lähestymisen vaikeaksi kokevien osuus lisääntyi 39 %:sta 53 %:iin). Luottamus omiin lähestymis- ja auttamiskykyihin vahvistui hieman aktiivisilla työpaikoilla (22 %:sta 31 %:iin) ja esimiesten ryhmässä (14 %:sta 21 %:iin), mutta väheni johdon keskuudessa (44 %:sta 33 %:iin). Koulutukseen osallistuneet luottivat enemmän kykynsä lähestyä ja auttaa alkoholiongelmaista kuin koulutukseen osallistumattomat.

Kyselytulosten perusteella arvioiden projekti onnistui paremminkin kohottamaan työyhteisöjen yleistä päihdetiedon tasoa ja paljastamaan tiedon aukkoja kuin antamaan käytännöllisiä valmiuksia työtoverin tai alaisen päihdeongelmaan puuttumiseen. Koulutuksen ja auttamiskyvyn yhteys voi johtua koulutukseen valikoitumisesta; koulutettaviksi ovat saattaneet hakeutua erityisesti ne, joiden taidot olivat jo alun perin keskimääräistä parempia.

KESKUSTELUILMAPIIRI

Asennoitumista päihdeongelmiin ja -ongelmiin kartoitettiin työyhteisön keskusteluil-

mapiiriä koskevalla kysymyksellä, jonka vaihtoehtoja ovat ”avoin”, ”välinpitämätön” ja ”kielteinen”¹. Seuraavassa tarkastelu perustuu vain niihin vastaajiin, jotka ilmoittivat työpaikallaan esiintyvän päihdeongelmia.

Projektin päättyessä keskusteluilmapiiri arvioitiin avoimemmaksi (43 %) kuin projektin käynnistyessä (29 %). Muutoksen luonne ja työpaikkaryhmittäiset erot käyvät selkeimmin ilmi vaihtoehtoa ”välinpitämätön” koskevista vastausosuuksista. Aktiivisten työpaikkojen vastaajista työyhteisönsä keskusteluilmapiiriä välinpitämättömäksi luonnehti alkukyselyssä 42 prosenttia, mutta loppukyselyssä vain 18 prosenttia. Puoliaktiivisilla työpaikoilla ero on samansuuntainen, mutta pienempi (34 % ja 22 %). Passiivisilla työpaikoilla keskusteluilmapiiriä välinpitämättömänä pitäneiden osuus sen sijaan lisääntyi 24 prosentista 30 prosenttiin. Molemmissa kyselyissä keskimäärin joka viides vastaaja koki työyhteisönsä asennoitumisen päihdeongelmiin kielteiseksi.

Mikäli vastaajien havainnot keskusteluilmapiirin muutoksesta pitävät paikkansa, pitäisi muutoksen näkyä myös päihdeongelmien salailua koskevissa kyselytuloksissa. Aktiivisilla työpaikoilla salailua havainneiden osuus (päihdeongelmia havainneista) väheni arviointivälin aikana 71 prosentista 61 prosenttiin. Passiivisilla työpaikoilla muutos on samansuuntainen (69 % ja 57 %), mutta muutoksen syy todennäköisesti toinen. Jos asennoituminen alkoholin käyttöön on passiivisilla työpaikoilla muuttunut aiempaa välinpitämättömämmäksi, kertoo prosenttiosuuksien ero pikemminkin päihdeongelmien salailua koskevien havaintojen kuin itse salailun vähenemisestä. Puoliaktiivisilla työpaikoilla salailu oli yhtä yleistä projektin päättyessä (73 %) kuin sen käynnistyessäkin (75 %).

HOITOONOHJAUS

Syventävässä koulutuksessa jatkaneilla työpaikoilla projektin toteuttamisesta vastasivat

¹Alkukyselyssä vaihtoehdot olivat ”avoin ja asiallinen”, ”välinpitämätön”, ”kyräilevä” ja ”muu”. Loppukyselyssä kolmas vaihtoehto muutettiin muotoon ”kyräilevä tai muuten kielteinen”.

päihderyhmät, joiden ensimmäisiä tehtäviä oli noudatetun hoitoonohjauskäytännön kriittinen arviointi. Useimmilla interventiotyöpaikoilla hoitoonohjausmallia uudistettiin tai mallin uudistaminen pantiin vireille projektijakson aikana. Toimenpiteiden vaikutus näkyi kyselytuloksissa. Tieto ja kokemukset hoitoonohjauksesta lisääntyivät kaikissa työpaikkaryhmissä, eniten aktiivisilla ja vähiten passiivisilla työpaikoilla. Hyvän esimerkin projektin vaikutuksista ja niiden laajuudesta antaa hoitoonohjauskäytännön muuttumista koskeva kysymys.

Enemmistönä loppukyselyyn vastaajista olivat ne, joilla ei ollut välitöntä kokemusta hoitoonohjauksesta (35 %) tai jotka eivät olleet havainneet muutoksia työpaikkansa hoitoonohjauskäytännössä (27 %). Passiivisten työpaikkojen vastaajista vain muutama (7 %) arvioi ongelmaisten hoitoon hakeutumisen, esimiesten aktiivisuuden ja/tai työtovereiden aloitteellisuuden hoitoonohjauksessa lisääntyneen arviointivälin aikana. Puoliaktiivisilla työpaikoilla projektin tavoitteiden suuntaisia muutoksia havainneiden osuus vaihteli kysymysosasta riippuen 13 prosentista 20 prosenttiin ja aktiivisilla työpaikoilla 24 prosentista 38 prosenttiin. Muutoksista raportoivat kuitenkin vain johtoa, esimiehiä ja avainhenkilöitä edustavat vastaajat, mikä viittaa siihen, että arviot perustuvat lukumääräisesti verrattain pieneen tapausmäärään. Kysymys on enemmän muutoksen oireista, pienistä liikkahduksista, kuin työyhteisöjen asennoitumis- ja toimintatapojen kouriintuntuvasta muuttumisesta. Työntekijöiden käsityksissä ja kokemuksissa yhteisvastuullisuudesta – tai pikemminkin sen puuttumisesta – ei tapahtunut arviointivälin aikana mainittavia muutoksia.

PÄIHDETYÖN KEHITTÄMINEN

Tutkimuksen aineisto ja arviointiväli kattavat vain osan projektin toteuttamisesta. Vaikka kolmivuotinen projektivaihe päättyi vuoden

1989 lopussa, jatkuu Vastuu ihmisestä -toiminta useilla tutkimusaineistoon kuuluvilla ja monilla projektiin myöhemmin mukaan tulleilla työpaikoilla edelleen. Valtaosa loppukyselyyn vastanneista piti hankkeen keskeisten toimintojen – säännöllisen koulutuksen, päihdetyöryhmien ja työpaikkojen keskinäisen yhteydenpidon – vakiinnuttamista tarpeellisenä.

Toiminnan kehittämisen suuntaviivoja karotettiin kolme vaihtoehtoa sisältäneellä kysymyksellä. Vaihtoehdot eivät ole toisiaan pois sulkevia, eikä niiden valintaa rajoitettu. Joka viides vastaaja (20 %) halusi kehittää työpaikkansa päihdetyötä ”ongelmakeskeisesti, hoitoonohjaustoimintaa tehostamalla”. Lähes puolet (46 %) kiinnittäisi enemmän huomiota ongelmien ennaltaehkäisyyn ”laajentamalla näkökulma kattamaan myös muut kuin alkoholin ongelmakäyttäjät ja edistämällä juomisen hallintaa”. Eniten kannatusta sai vaihtoehto ”Osana henkistä työsuojelua kiinnittämällä erityisesti huomiota työhön liittyvien tekijöiden ja alkoholiongelmiin yhteyksiin” (58 %). Tulos ei ole yllättävä, kun muistetaan, että käsitykset päihdeongelmien työperäisyydestä vahvistuivat projektijakson aikana.

PÄÄTELMIÄ

Arviointitutkimuksessa (Kirsi 1991) intervention vaikutuksen mittaaminen perustui yli 30 muuttajaan, joista vain osaa on käsitelty tässä artikkelissa. Hanketta aktiivisimmin toteuttaneilla työpaikoilla kyselytulokset olivat pääosin projektin tavoitteiden suuntaisia. Aktiivisilla työpaikoilla yhteisö vastuun kehittämisessä päästiin hyvään alkuun. Puoliaktiivisilla työpaikoilla tieto- ja asennemuutokset olivat pienempiä ja osin epäohdonmukaisia. Projekti nosti esiin ongelmia ja ristiriitoja, ”havahdutti”, mutta ei onnistunut tarjoamaan niihin yhtä tyydyttäviä ratkaisuja kuin aktiivisilla työpaikoilla. Passiivisilla työpaikoilla projekti vaikutti odotetusti vähiten.

Johtoa, esimiehiä ja avainhenkilöitä koskevissa kyselytuloksissa intervention vaikutus näkyi selvästi. Työntekijöiden tiedoissa ja asenteissa ei sen sijaan tapahtunut arviointi-

välin aikana mainittavia muutoksia. Projektin sanoma tavoitti keskeisen kohderyhmänsä, mutta ei sanottavammin välittynyt työyhteisöjen ruohonjuuritasolle.

KIRJALLISUUS

Brickman, P. & Rabinowitz, V. C. & Karuza, J. Jr & Coates, D. & Cohn, E. & Kidder, L.: Models of helping and coping. *American Psychologist* 37 (1982): 4, 368–384

Campbell, D. T. & Stanley, J. C.: *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Boston: Houghton Mifflin, 1963

Kirsi, T.: Henkilökohtainen ja arka asia. Tutkimus päihdeongelmista, päihdeasenteista ja päihdeongelmaisten hoitoonohjauksesta tamperelaisilla työpaikoilla. UKK-instituutti, 1988

Kirsi, T.: Henkilökohtainen ja arka asia. Päihdeongelmat ja päihdeongelmiin suhtautuminen tamperelaisilla työpaikoilla. *Alkoholipolitiikka* 54 (1989): 5, 253–258

Kirsi, T.: Muuttuiko mikään? Tutkimus päihdeongelmista, päihdeasenteista ja hoitoonohjauksesta tamperelaisilla työpaikoilla. Vastuu ihmisestä työyhteisössä -projektin vaikutukset ja vastaanotto. Tampereen kaupungin tutkimuksia ja selvityksiä 80. Tampereen kaupungin painatuskeskus, 1991.

ENGLISH SUMMARY

Tapio Kirsi: The outcomes and reception of the "Responsibility For A Fellow Worker" programme (Vastuu ihmisestä työyhteisössä -projektin vaikutukset ja vastaanotto)

The article describes the approach and presents some research results of an evaluation study on an intoxicant abuse-related workplace intervention. The aim of the "Responsibility For A Fellow Worker" programme, carried out in the city of Tampere in 1987–89, was to prevent abusive drinking at work and to improve referral to treatment for abusers. The study comprised 16 workplaces, seven of which were classified as active, four as semi-active and five as non-active on the basis of their intervention efforts. The evaluation of the programme's impact was based on inquiries concerning the beginning and end of the intervention. The respondents were representatives of four personnel groups: managers, supervisors, key persons and workers.

In the seven active workplaces the changes in

most variables were consistent with the goals of the programme. The results showed that it got off to a good start in the right direction. In the semi-active workplaces some changes were consistent with the goals but some were not. The programme "awakened" people and provoked discussion both for and against its message, but did not manage to find as good solutions as in the active workplaces. In the non-active workplaces, that is, those which had left the programme after the orientative education phase, the impact was the least, as would be expected.

Among the managers, supervisors and key persons the influence of the programme was seen in most of the variables. Among the workers the influence was either slight or non-existent. Consequently, the programme attained at least some of its goals among its main focus groups but its message did not reach the grass-root level of working communities.

KEY WORDS:

alcoholism, attitudes, referral, work life